

que nosotros guardamos o si determinamos que dicho expediente está correcto. Usted podrá apelar por escrito nuestra decisión de no enmendar un expediente.

**Usted tiene el derecho a obtener una lista de esas instancias en las que nosotros hemos divulgado información médica con respecto a usted**, que no hayan sido para el tratamiento, pago, operaciones relacionadas con el cuidado de la salud o cuando usted haya autorizado de forma específica dicha divulgación, cuando usted presenta una solicitud por escrito. La solicitud debe establecer el período de contaduría deseado, el cual no deberá exceder un período de 6 años y comenzando a partir del 14 de abril del año 2003. El primer pedido de la lista de divulgaciones durante un período de 12 meses es gratuito; otros pedidos se cobrarán de acuerdo a nuestro costo para producir la lista. Nosotros le informaremos acerca del costo antes de que usted incurra en ellos.

Si esta notificación (panfleto) se le envió electrónicamente, **usted tiene derecho a recibir una copia en papel de esta notificación.**

**Usted tiene el derecho de solicitar que la información médica con respecto a usted se le comuniquen de forma confidencial**, tal como enviar correspondencia a una dirección que no sea la de su hogar, si usted nos notifica por escrito acerca de un modo o lugar específico en el que usted desea que nos comuniquemos con usted.

**Usted podrá solicitar, por escrito, que nosotros no utilizemos o divulguemos información médica con respecto a usted** para llevar a cabo tratamientos, el pago u operaciones relacionadas con los cuidados de la salud ni a personas involucradas en sus cuidados, excepto cuando usted lo autorice de forma específica, cuando las leyes así lo requieran, o en un caso de emergencia. Nosotros consideraremos su solicitud **pero no estamos legalmente obligados a aceptarla**. Nosotros le informaremos acerca de nuestra decisión con respecto a su pedido. Todos los pedidos o apelaciones escritas deberán presentarse ante nuestro Funcionario de Privacidad que se menciona en la parte inferior de esta notificación.

## Quejas

Si a usted le preocupa que se hayan violado sus derechos a la privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado con respecto al acceso a sus expedientes, usted podrá comunicarse:

Franklin County Board of Health  
280 East Broad Street  
Columbus, Ohio 43215  
Teléfono: (614) 462-3160  
Fax: (614) 462-6672  
Email: [fcbh@franklincountyohio.gov](mailto:fcbh@franklincountyohio.gov)



Finalmente, usted podrá enviar una queja escrita al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles. Usted podrá llamar al 1 (866) 627-7748 para obtener la dirección.

Bajo ninguna circunstancia se le penalizará ni se tomarán represalias en su contra por presentar una queja.

La información con respecto a la privacidad se encuentra disponible en la red en: [www.franklincountyohio.gov/health](http://www.franklincountyohio.gov/health).

## Sección del Formulario de Consentimiento: Acuso de Recibo de la Notificación de las Prácticas de Privacidad

*Yo he leído y/o se me han explicado mis derechos y obligaciones con respecto a la información relacionada con mi salud. Al firmar a continuación, yo acuso recibo de esta Notificación de la Declaración de las Prácticas de Privacidad.*

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ I: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Condado de Franklin



### JUNTA DE SALUD

## Resumen de la Notificación acerca de las Prácticas de Privacidad

*En vigencia a partir del 14 de abril de 2003*

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE EL MODO EN EL QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA CON RESPECTO A USTED ASÍ COMO EL MODO EN EL QUE USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, CONSIDÉRELA CON CUIDADO.**

Si usted desea hacer alguna pregunta, por favor, comuníquese con nuestro Funcionario de Privacidad, cuyo nombre y número se encuentra en el reverso de este panfleto.

## ¿Quién hará lo que se indica en esta notificación?

La Junta de Salud del Condado de Franklin ("FCBH", por sus siglas en inglés) proporciona atención médica a nuestros pacientes, residentes y clientes en asociación con médicos y otros profesionales, al igual que organizaciones. La información acerca de las prácticas de privacidad serán seguidas por:

- Cualquier profesional de la salud que le proporcione tratamiento en cualquiera de los sitios patrocinados por el FCBH.
- Todas las divisiones del Departamento de Salud.
- Todos los socios, personal o voluntarios asociados con el Departamento de Salud.

- Todo asociado o socio comercial del FCBH con quien compartimos información médica.

## Nuestro compromiso con usted

Nosotros comprendemos que la información médica con respecto a usted es personal. Nos hemos comprometido a proteger la información médica con respecto a usted. Nosotros creamos un expediente acerca de los cuidados y de los servicios que usted recibe para poder brindarle cuidados de calidad así como para cumplir con los requisitos legales. Esta notificación es pertinente para todos los archivos que tengamos en nuestro poder que estén relacionados con sus cuidados y que hayan sido creados tanto por el personal del Departamento de Salud o por su doctor particular. La ley nos obliga a:

- mantener confidencial la información relacionada con usted.
- proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica relacionada con usted.
- Respetar los términos de la notificación vigente en la actualidad.

## Cambios a esta Notificación

Nosotros podemos cambiar nuestras Políticas de Privacidad en cualquier momento. Los cambios serán pertinentes para la información médica que ya tenemos, así como para aquella información después de que el cambio entre en vigencia. Antes de hacer un cambio significativo a las políticas de la Privacidad, nosotros cambiaremos nuestra notificación y colocaremos dicha notificación nueva en un lugar prominente dentro de nuestra instalación o en las clínicas. Usted puede recibir una copia de la notificación o política actual en cualquier momento. La fecha de vigencia se incluye inmediatamente después del título. A usted se le ofrecerá una copia de la notificación actual cuando se registre por primera vez para recibir tratamiento en nuestra instalación o en alguna de las clínicas. Además, a usted se le solicitará que acuse recibo de esta notificación por escrito.

## Modo en el que podremos utilizar y divulgar información médica con respecto a usted.

Es posible que nosotros utilicemos y divulguemos información médica con respecto a usted para llevar a cabo un **tratamiento** (tal como enviar información médica con respecto a usted a un especialista como parte de una recomendación); **para obtener el pago en concepto de tratamientos** (tal como enviar información de facturación a su compañía de seguro o Medicare); y como **apoyo para nuestras operaciones** relacionadas con los cuidados médicos (tales como comparar la información de un paciente para mejorar los métodos de tratamiento).

Es posible que utilicemos o divulguemos información médica referente a usted **sin** su autorización previa debido a otros motivos. Es posible que sujetos a otros requisitos nosotros tengamos que proporcionar información médica con respecto a usted sin su autorización previa debido a motivos relacionados con la **salud pública** (control, investigación o indagación acerca de la salud de la comunidad), **reportes de abuso o negligencia, auditorias o inspecciones de errores en cuanto a la salud, estudios de investigación, arreglos funerarios y donación de órganos, para fines de compensación para los trabajadores y en casos de emergencia.** Además, nosotros divulgamos información médica **cuando las leyes así lo requieran**, como es el caso de una respuesta a un pedido de parte de las autoridades a cargo de la ejecución de la ley en circunstancias específicas o como respuesta a órdenes judiciales o administrativas valederas.

## Condado de Franklin



## JUNTA DE SALUD

Es posible que nosotros también nos comuniquemos con usted para **recordarle acerca de una cita**, o para informarle o recomendarle **posibles opciones de tratamiento, alternativas, beneficios o servicios relacionados con la salud** que pueden ser de interés para usted. Es posible que divulguemos información con respecto a usted a un **amigo o amiga o miembro de su familia que esté involucrado o involucrada en su atención médica**, o a autoridades encargadas de proporcionar alivio en casos de catástrofes para que se le pueda notificar a su familia acerca de su ubicación y condición.

## Otros Usos de la Información Médica

En cualquier otra situación no cubierta por esta notificación, nosotros solicitaremos su autorización por escrito antes de utilizar o de divulgar información médica con respecto a usted. Si opta por autorizar el uso o divulgación, usted podrá revocar dicha autorización por medio de una notificación escrita acerca de su decisión.

## Sus derechos relacionados con la información médica con respecto a usted.

En la mayoría de los casos, **usted tiene el derecho de ver o de obtener una copia de la información médica** que nosotros utilizamos para tomar las decisiones relacionadas con sus cuidados cuando usted presente una solicitud escrita. Si usted solicita copias, es posible que le impongamos un honorario por el costo de fotocopiado, envío por correo o de otros suministros relacionados con dicha solicitud. Si nosotros negamos su solicitud de ver o de obtener una copia, usted podrá presentar una solicitud por escrito para que se vuelva a considerar dicha decisión.

Si usted considera que dicha información que consta en sus archivos es incorrecta o que hay importante información que no ha sido incluida, **usted tiene el derecho de solicitar que nosotros corrijamos sus expedientes** al presentar una solicitud por escrito que proporcione sus motivos para solicitar la enmienda. Nosotros podríamos denegar su pedido de enmienda de un expediente si la información no fue creada por nosotros; si la misma no forma parte de la información médica